

**AU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE**  
Division de \_\_\_\_\_  
**COMTÉ DE \_\_\_\_\_, OH**

\_\_\_\_\_  
Demandeur/requérant

No. de dossier \_\_\_\_\_

Juge \_\_\_\_\_

c./et Magistrate \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Défendeur/requérant

**Instructions:** Consultez le règlement du tribunal local pour savoir quand il faut remplir ce formulaire. Cette déclaration a pour objet la divulgation de la couverture d'assurance-maladie des enfants. Elle sert également à déterminer le montant de la pension alimentaire pour enfant. Elle doit être remplie et déposée si les enfants issus de cette union sont mineurs. **Si vous manquez d'espace, ajoutez des pages au besoin.**

**DÉCLARATION D'ASSURANCE-MALADIE**

Déclaration de \_\_\_\_\_  
(Inscrivez votre nom en lettres majuscules)

	<u>Mère</u>	<u>Père</u>
Votre/vos enfant(s) sont-ils actuellement inscrits à un programme gouvernemental de couverture santé pour ménages à faibles revenus (Healthy Start/Medicaid) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souscrit à un régime d'assurance-maladie individuel (non collectif ou COBRA) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souscrit à un régime d'assurance-maladie collectif (via votre employeur ou un autre organisme) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous n'avez pas souscrit, avez-vous accès à un régime d'assurance-maladie collectif (via votre employeur ou un autre organisme) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le régime d'assurance auquel vous avez accès offre-t-il les services de soins de base dans un rayon de 30 miles (50 km) du foyer de l'/des enfant(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En fonction du régime d'assurance auquel vous avez accès, quel serait le montant annuel pour une couverture qui vous prendrait en charge, ainsi que l'/les enfant(s) issus de cette union (sans inclure de conjoint) ?

**Mère**

**Père**

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

D'après le régime d'assurance auquel vous avez accès, quel serait le montant annuel pour une couverture qui vous prendrait en charge (sans

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Si vous avez souscrit à un régime d'assurance-maladie collectif (via votre employeur ou un autre organisme) ou à un régime individuel, quelles sont les personnes prises en charge :

Vous-même ?

Oui  Non

Oui  Non

Votre conjoint(e) ?

Oui  Non

Oui  Non

L'/les enfant(s) mineur(s) issu(s) de cette union ?

Oui  Non

Oui  Non

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) ?

Oui  Non

Oui  Non

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nom du groupe (employeur ou organisme) fournisseur de l'assurance-maladie

Adresse

Numéro de téléphone

### SERMENT

(À signer uniquement en présence du notaire.)

Je soussigné(e), (votre nom en lettres majuscules), \_\_\_\_\_ jure ou atteste avoir lu ce document et affirme qu'à ma connaissance, les faits et informations indiqués dans ce document sont véridiques, exacts et complets. Je comprends que si je ne dis pas la vérité, je peux faire l'objet de sanctions pour cause de parjure.

\_\_\_\_\_  
Votre signature

Affirmé solennellement devant moi et signé en ma présence en ce

\_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Notaire public

Mon mandat se termine le :

---

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE DANS SA VERSION ANGLAISE